הליבה לשיקום.

פרוטוקול הפסקה: GHB / GBL / 1,4-BD

הגמילה המהירה והבלתי צפויה ביותר בסדרה זו – וכיצד לעבור אותה בבטחה.

בכל מדריך אחר בסדרה זו יש נקודה שאומרת "זה לא נעים, אבל לרוב אינו מסוכן". מדריך זה לא יכול להגיד את זה. גמילה מ-GHB, אצל כל מי שמשתמש בו יותר משלושה או ארבע פעמים ביום, היא מצב חירום רפואי אמיתי עם סיכון ממשי של פרכוסים, דליריום ספציפי וחמור, ומוות אם לא מטופלים כראוי. זה לא מוגזם לצורך אפקט – זוהי התמונה הקלינית המוכחת והמתועדת, וטיפול בה בפחות מחומרה הוא הדרך שבה אנשים נפגעים. מדריך זה קיים כדי להבטיח שהרצינות מתורגמת לתוכנית, ולא רק לפחד.

סעיף 0 – בטיחות מיידית: קראו זאת קודם כל.

מצב חירום רפואי

אם אתם משתמשים ב-GHB, GBL 1,4-BD או יותר משלוש עד ארבע פעמים ביום, אל תפסיקו את השימוש ללא פיקוח רפואי. הסימנים של גמילה יכולים להתחיל תוך 2-6 שעות מהמינון האחרון, וה-12-72 השעות הראשונות טומנות בחובן סיכון ממשי ולא צפוי לאירוטי אפילפסיה ותסמונת דליריום/פסיכוזה חמורה שיכולה להיות קטלנית ללא טיפול רפואי מתאים. פנו מיד לחדר מיון אם אתם משתמשים כרוניים המתכננים להפסיק את השימוש, או אם כבר החלו סימני גמילה.

סימנים לכך שכבר אתם נמצאים בתסמיני גמילה מסוכנים – פנו מיד לחדר מיון:

- כל פעילות אפילפטית, קצרה ככל שתהיה.
- בלבול, ניתוק מהמציאות או הזיות - אלה יכולים להתפתח במהירות ואינם זהים לחרדה רגילה.
- עוררות יתר בשילוב עם דופק מהיר, לחץ דם גבוה או הזעה מוגברת (חוסר יציבות אוטונומית).
- רעד שמתגבר ולא נשאר יציב.

אזהרה ⚠

אין תרופה אחת שאושרה על ידי GHB, ואין תרופה ספציפית שמנטרלת את ההשפעות של מנת יתר של GHB – בניגוד למקרי מנת יתר של אופיאטים (נלוקסון) או אלכוהול לטיפול בתסמיני גמילה מ-GHB ה-FDA (תרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים, שיש להן פרוטוקול טיפול ברור וסטנדרטי). המשמעות היא שהאיכות של הטיפול תלויה במידה רבה בהיכרות של הרופא המטפל עם GHB. סעיף 8 במדריך הזה נועד לעזור לכם או למי שתומך בכם לדרוש את הטיפול המתאים, אם צוות החירום נראה לא מכיר את הנושא.

סעיף 1 – מדוע המדריך הזה שונה מכל אחד מהמדריכים האחרים בסדרה הזו.

למה זה חשוב?	מה מייחד אותו?
בפלזמה הם רק 30-60 דקות. הסימנים למשיכה מתחילים GHB חצי החיים של תוך 2-6 שעות מהמינון האחרון אצל משתמש תלוי - הרבה יותר מהר מאשר	מהירות הופעה.

מה מייחד אותו?	למה זה חשוב?
	אלכוהול (6-24 שעות) או בנזודיאזפינים (12-48 שעות). יש חלון התראה קצר מאוד בין 'המינון האחרון' ל-'סכנה'.
אי-יציבות.	חומרת המצב הקליני לא תמיד משקפת באופן מדויק את השימוש המוצהר - אדם שמצטמצם בדיווח על השימוש שלו, או שאספקת החומר שבה הוא משתמש (דבר נפוץ מאוד עם חומרים מקדימים ל-GHB כמו GBL ו-1,4-BD), מכילה ריכוז לא עקבי יכול להציג תמונה קלינית חמורה בהרבה מהצפוי.
תסמונת של דלירים ופסיכוזה מובחנת.	כולל GHB-זו אינה חרדה רגילה המתפתחת. דלירים כתוצאה מגמילה מ התרגשות, בלבול, הזיות חזותיות וחוסר יציבות קיצוני במערכת העצבים האוטונומית - מצב נוירולוגי חירום אמיתי, השונה באופיו מדלירים טרמנס הנגרם על ידי אלכוהול.
אין פרוטוקול טיפול סטנדרטי.	הפסקת שתיית אלכוהל כוללת פרוטוקול ברור ומוכר של תרופות בנזודיאזפין. הפסקת שימוש באופיאטים מטופלת באמצעות בופרנורפין ומטאדון. הפסקת שימוש ב-GHB אינה בעלת טיפול ספציפי שאושר על ידי ה-FDA - בקלופן (GHB אותו מערכת קולטנים שבה פועל GABA-B, אגוניסט של) היא האפשרות היותר מגובה בראיות, אך לרופאים רבים במחלקות חירום יש ניסיון מוגבל ישיר עם התרופה.

סעיף 2 – ציר הזמן של הגמילה.

ציר זמן.	מה קורה?	מה לצפות.	מה לעשות?
שעות 2-6 (התחלה - חלון הזמן להתערבות רפואית)	GHB מתפוגג במהירות; נותרים קולטני GABA-B ללא הליגנד שלהם; גלוטמט עולה; ציר ההיפותלמוס-היפופיזיס-אד רנלים מופעל.	חרדה, רעד, הזעה, דופק מהיר, בחילה - ההתחלה מהירה וניתן להתייחס אליה כאל חרדה רגילה עד שהיא מתפתחת במהירות.	מתי יש להתחיל התערבות רפואית (בקלופן או בנזודיאזפינים, סעיף 8) אם משתמש תלוי מפסיק את השימוש. אם המשתמש אינו מטופל רפואי ומתפתחים סימפטומים אלו: יש לפנות מיד לחדר המיון.
שעות 12-72 (חלון הסיכון הגבוה).	שיא תסמיני גמילה של התקופה; GABA-B קולטן המסוכנת ביותר להתפתחות פרכוסים ושל תסמונת הבלבול/פסיכוזה המתוארת בסעיף 1.	יכול לכלול התרגשות חמורה, בלבול, הזיות וסערה אוטונומית (דופק מהיר, לחץ דם גבוה, הזעה מוגברת) בנוסף לכל השאר בשלב הראשון.	חלון זה דורש טיפול רפואי מבוקר – אשפוז או תהליך גמילה בפיקוח, ולא ניהול ביתי, עבור כל מי שמציג דפוס שימוש תלוי.
3-7 ימים	סכנה מיידית שכאבה אם מטופלת רפואית; מערכת GABA-B עדיין מוצפת מאוד.	חרדה מתמשכת, נדודי שינה ואי נוחות פיזית לאחר שהמשבר החריף חלף; עדיין יש צורך במעקב קפדני.	אין להפחית בפתאומיות שום תרופה מייצבת (כגון בקלופן או בנזודיאזפין) במהלך תקופה זו - יש להפחית את המינון בהדרגה, לפי סעיף 8.
1-4 שבועות	התחלת העלאת רמות המשך; GABA-B קולטני הפחתת המינון (אם עדיין	ייצוב הדרגתי; גלי חרדה; שיפור הדרגתי באיכות השינה.	מערך התוספים המלא מתחיל (סעיף 9). זהו גם השלב שבו בדיקות

ציר זמן.	מה קורה?	מה לצפות.	מה לעשות?
	מתבצע), תחת פיקוח רופא.		גנטיות, אם נערכות, הופכות לשימושיות (סעיף 5).
1-3 חודשים	עדיין GABA-B קולטני בשלב מוקדם עד אמצעי של התאוששות - מערכת זו עולה במהירות איטית יותר מקולטני GABA-A.	גלי חרדה (דפוס PAWS) המתועד ספציפית עבור הדורשים ניהול GHB אקטיבי, ולא רק המתנה.	נשימה עקבית, פעילות גופנית והפרוטוקול של תוספי המזון המתואר בסעיף 9 הם הגורמים הקובעים את חומרת גלי ה-PAWS הללו.
3-12 חודשים	שלב השיקום המרכזי של גאבא - באמת בין 3 ל-6 חודשים, זמן ארוך יותר מחומרים רבים אחרים בספרייה הזו.	שיפור הדרגתי ואמיתי; גלי PAWS פוחתים בתדירות ובעוצמה.	זה לא שלב שבו מפחיתים את התמיכה מוקדם מדי.
12-18 חודשים ומעלה.	התאוששות משמעותית של קולטני GABA-B מתקדמת לשלבים הסופיים.	בסיס התחלתי אמיתי ושונה – לא רק היעדר תסמינים, אלא מערכת עצבים הפועלת שוב על פי ויסות עצמי.	זוהי שינוי אמיתי, ולא רק מעבר של זמן. זה דורש בנייה הדרגתית באמצעות הפרוטוקולים המפורטים במדריך הזה, ולא פשוט המתנה.

הלוחם.

שימו לב לכמה זמן נמשכת התקופה הזו בהשוואה למדריכים על בנזודיאזפינים או מתמפרמין בסדרה זו. מציין זאת ישירות: "בניגוד לרוב החומרים האחרים שבהם השלב המרכזי הוא 4-8 החומר במדריך ה-GHB מתפתחת לאט יותר ונמשכת זמן רב יותר. שלב ההתאוששות של GHB-ל GABA-B שבועות, רגישות קולטני אורך באמת 3-6 חודשים." ציפייה לתזמונים כמו במדריך לבנזודיאזפינים או למדריך למתמפרמין GABA תגרום לכם להרגיש שההחלמה נכשלה, כאשר בפועל היא עדיין מתקדמת כמתוכנן.

סעיף 3 – כמה זמן עד שהמוח חוזר למצב תקין?

התשובה הכנה כאן ארוכה יותר מכל אחת מהחומרים האחרים בסדרה עד כה. התאוששות קולטני GABA-B, המגיעה להשלמה משמעותית בערך בין החודשים 12-18, אינה רק הפחתת תסמינים – היא מייצגת את מערכת העצבים הבנויה מחדש ויכולת רגולציה אנדוגנית אמיתית, לאחר שהיא הסתמכה על חומר שניתן לו מינון כל 2-3 שעות לאורך כל השעון, למשך הזמן בו נמשכה ההתמכרות. זה משהו לא היה רק חומר בשימוש – הוא GHB, שכדאי לעבד לעומק: עבור מי שמנהל מינונים בתדירות כזו שימש כמערכת ההפעלה החיצונית של מערכת העצבים. בניית מערכת פנימית לוקחת זמן אמיתי.

הקשבה.

אם אתם נמצאים בחודש 5 או 6 ועדיין חווים גלי חרדה שמתעוררים ללא התראה מוקדמת, זה לא מעיד שההתאוששות אינה עובדת – לפי ציר הזמן לעיל, אתם בדיוק במקום שבו הביולוגיה חוזה שתהיו. קו הסיום כאן נמדד ביותר משנה, ולא בשבועות. זו לא מספר מדכא; זה מספר כנה, וזה אומר שהגלים שאתם עדיין חווים צפויים, ולא סימן לכישלון.

סעיף 4 – מה שאתם צפויים לחוות ברוב המקרים

[רשימה לא שלמה]

* **תסמינים גופניים:**
  * **בחילה**
  * **הקאות**
  * **שלשולים**
  * **כאבי בטן**
  * **כאבי ראש**
  * **סחרחורות**
  * **רעד**
  * **הזעה**
  * **דפיקות לב מוגברות**
  * **קוצר נשימה**
  * **עוויתות שרירים**
  * **איבוד הכרה**

* **תסמינים פסיכולוגיים:**
  * **חרדה**
  * **פרנויה**
  * **הזיות**
  * **בלבול**
  * **דיכאון**
  * **שינויים במצב הרוח**
  * **אי-שקט**

* **תסמינים אחרים:**
  * **בעיות שינה**
  * **אובדן תיאבון**
  * **ירידה במשקל**

* **פגיעה בתפקוד היומיומי**
* **קושי בריכוז**
* **בעיות בזיכרון**

חשוב לזכור שכל אדם חווה את התסמינים בצורה שונה. חלק מהאנשים עשויים לחוות רק תסמינים קלים, בעוד שאחרים עלולים לחוות תסמינים חמורים יותר. אם אתם חווים אחד או יותר מהתסמינים הללו, חשוב לפנות לעזרה רפואית.

הערה: התסמינים המפורטים כאן אי]

מעבר לחלון הזמן של מצב חירום רפואי חריף המתואר בסעיף 2, תקופת ההחלמה היא בעלת מאפיינים ייחודיים שכדאי לציין במפורש.

- המתועד הספציפי PAWS חרדה המגיעה בגלים ולא כרעש רקע קבוע - זהו דפוס להתאוששות מ-GHB, ואינו סימן לסיכון מוגבר של הישנות.
- שינה שקשה מאוד לשחזר, במיוחד עבור כל מי שנטל תרופות במהלך הלילה כדי לטפל בבעיות שינה - מערכת העצבים צריכה ללמוד מחדש כיצד להירדם ולשמור על שינה מבלי שתרופה תעשה את העבודה הזו באופן חיצוני GABA-B ממשפחת אגוניסטים של.
- סוג ספציפי של בלבול שאינו רק רגשי - עבור משתמשים קבועים לאורך זמן, החומר ארגן את המבנה היומיומי (המינון הבא תמיד היה במרחק של כמה שעות בלבד). הסרה שלו יכולה לגרום לבלבול זמני וזהותי בנוסף לתסמיני הגמילה הכימיים - לא רק 'מה אני מרגיש', אלא גם ''מה בכלל אני עושה עכשיו עם הזמן שלי.
- רגישות אוטונומית שעלולה להימשך מעבר לתקופה החריפה - דופק מואץ או הזעה בתגובה למצבי לחץ רגילים, המשקפים את "הסערה האוטונומית" של השלב המוקדם בגמילה, אך בעוצמה נמוכה בהרבה.

סעיף 5 – התאמה גנטית.

גֵן	מה זה מכסה.	רלוונטיות להתאוששות מ-GHB
GABRA2	תת יחידה אלפא-2 של קולטן GABA-A - רמת בלימה בסיסית.	הגן החשוב ביותר הקשור לפגיעות ל-GHB. נושאים של גרסה בעלת סיכון גבוה מבחינת גנטיקה הם בעלי מערכת בלימה בסיסית חלשה יותר, ו-GHB מפעיל בצורה חזקה מערכת זו איטי GABA החלשה. פרופיל זה גורם לשחזור חמורים יותר, לתסמיני הפסקת שימוש (PAWS) שהוא GABA יותר, ולתרגול טבעי של בניית הכרחי (לא אופציונלי) - ראו סעיף 9.
GABBR1 / GABBR2	גנים של תת יחידות לקולטן הקולטן העיקרי שעליו GABA-B -	באופן ספציפי, הגנים GHB-הרלוונטיים ביותר ל GABRA2 ושונים מהרלוונטיות של הגן

גֵּן	מה זה מכסה.	רלוונטיות להתאוששות מ-GHB
	עצמו ה-GHB פועל.	לבנזודיאזפינים/אלכוהול. וריאציות בגנים אלה וחומרת משפיעות על רגישות הפרט ל-GHB בעקבות שימוש ירידה בפעילות קולטן GABA-B כרוני. זמינות הבדיקות הנוכחית מוגבלת, אך חשוב לעקוב אחר התקדמות בתחום זה.
COMT (Val158Met)	פינוי דופמין וחומרים הקשורים לסטרס.	מופיע בתדירות (חכם", פינוי איטי") Met/Met הנגרם על ידי GHB גבוהה יותר בשימוש ב של הסם מקלה על GABA-B חרדה - תכונת ה מערכת עצבים מעוררת יתר כרונית. Val/Val מופיע לעתים קרובות יותר בשימוש ("לוחם") בסקס כימי/בשימוש עם ממריצים, כאשר משמש כנגד לחרדה הנגרמת על ידי GHB ה-ממריצים. זה קובע את כיוון ההחלמה: "חכם" זקוק לבניית רוגע; "לוחם" זקוק לניהול גירוי.
MTHFR	מתילציה - סינתזה של נוירוטרנסמיטורים.	GHB יוצרת חסרים נוירוכימיים בסיסיים ש MTHF מטפל בהם באופן חלקי. תוספת של 5 היא הבסיס ולעתים קרובות מביאה לשיפור B מנצל ויטמיני GHB, מוקדם וברור. בנוסף באמצעות מסלולי המטבוליזם שלו, מה שהופך את התמיכה במתילציה לחיונית ולא אופציונלית בשלב המוקדם של ההחלמה.
DRD2 / ANKK1 (Taq1A)	צפיפות קולטני דופמין מסוג D2 - תסמונת חוסר סיפוק.	רלוונטי במיוחד בהקשרים של סקס כימי וחיי GHB לילה, שבהם התגמול הדופמינרגי של ה-RDS ממלא באופן חלקי את הפער ב-. ההתאוששות חייבת לבנות ישירות את מבנה התגמול הדופמינרגי, אחרת הדחף הביולוגי GHB לחזור לשימוש ב- (או בכל חומר יישאר קיים (דופמינרגי.
SLC6A4 (5-HTTLPR)	ביטוי של טרנספורטר הסרוטונין.	אנשים עם רמות גבוהות של רגישות לחרדה נוטים יותר להשתמש בחומרים המשפיעים על מערכת ה-GABA. כדי להתמודד עם חרדה תהליך ההחלמה צריך להתמקד גם במערכת GABA - 5-HTP הסרוטונין בנוסף למערכת ה-5 יכולים לתמוך בשתי המערכות MTHF-ו-.
CYP2C19 / CYP3A4	מטבוליזם של בקלופן ובנזודיאזפינים המשמשים בטיפול גמילה מ-GHB.	רלוונטי ישירות לסעיף 8 העוסק בניהול רפואי: מטבולים איטיים מצטברים של באקלופן במינונים סטנדרטיים; מטבולים מהירים במיוחד עשויים להזדקק למינונים גבוהים יותר. יש ליידע את הרופא המטפל לגבי כל מצב ידוע.
ADH1B / ALDH2	מטבוליזם של אלכוהול ו-1,4-BD	רלוונטי במיוחד למשתמשים ב-1,4-BD: מסלול הוא זה שממיר את 1,4 BD ADH/ALDH בכבד. נושאים של גרסה GHB-ל ALDH2*2 אשר משתמשים גם באלכוהול חווים קונפליקט במסלולי ההמרה וצבירה של רעילות אצטאלדהיד; בדיקות תפקוד כבד הן בעדיפות עבור קבוצה ספציפית זו.

מי נמצא בסיכון הגבוה ביותר? שילוב הגנים.

שתי שאלות נפרדות נשאלות כאן בנוגע לגנטיקה, ושתי השאלות דורשות תשובות נפרדות: מי סביר יותר שיפתח תלות מלכתחילה, ומי יתקשה יותר עם הגמילה וההפחתה לאחר התפתחות התלות.

שאלה.	הגנים שעונים על השאלה הזו.	למה?
מי נוטה יותר לפתח תלות ב-GHB?	GABRA2 בסיכון גבוה + COMT ('סייג') מת/מת.	זוהי אותה שילוב "כישלון חמור" שהמדריך מציין עבור חומרים גאבא-ארגיים באופן כללי: מערכת בלימה בסיסית חלשה מבחינה בשילוב עם (GABRA2) מבנית מערכת עצבים מעוררת יתר, שקשה להרגיע (Met/Met). ההשפעה על GHB המהירה והמלאה של הפחתת חרדה היא משמעותית במיוחד עבור פרופיל זה - לא מדובר בכך שאדם זה פחות בעל כוח רצון, אלא שה-GHB עונה על שאלה ביולוגית ספציפית וחזקה יותר עבורו מאשר עבור מי שאינו נושא בשילוב זה.
מי ימצא את ההפסקת וההפחתה הקשות ביותר, ללא קשר לסיבה שבעקבותיה החל?	וריאציות מסוכנות של גנים GABRA2 ו-GABBR1/GABBR2.	אלו הם גנים ברמת הרצפטור, ולא גנים ברמת המוטיבציה. GABRA2 קובע את רזרבת ההדחקה הכללית; GABBR1/GABBR2 קובעים את הרגישות וחומרת הירידה ברמה המדויקת של הרצפטור שאליו פועל החומר GHB. פרופיל זה חוזה הפחתה איטית יותר ותסמיני גמילה כרוניים חמורים יותר, כמעט ללא קשר לקשר הפסיכולוגי של האדם לחומר.

⚠ אזהרה

אינו נראה כקובע האם הפחתה תפעל מבחינה מכנית – זה נקבע על ידי גנים של קולטן GABA ש מה. גנוטיפ COMT של קובע הוא מדוע אדם השתמש בחומר כן-COMT לעיל, ולא על ידי מהירות פינוי הדופמין. פרופיל המפחית ('Sage') Met/Met ובאיזה כיוון צריכה להיות ממוקדת ההחלמה שלו לאחר הפחתה. צריך לנהל את תהליך ההפחתה באותה דרך כמו כל אדם אחר עם מצב GHB-שימוש ב חרדה הייתה) שלו – אך העבודה ארוכת הטווח שלו צריכה להתמקד בחיזוק השלווה GABRA2/GABBR הנפוץ יותר ב... שימוש ב Val/Val ('Warrior'), פרופיל (ודורשת מענה אמיתי GHB-קיימת לפני השימוש בחומרים ממריצים כנגד תופעות לוואי של כימסקס – יש צורך בגישה חלופית הכוללת פעילויות מגבירות אנרגיה, ולא רק פעילויות מרגיעות. מנגנוני הורדת מינון יהיו דומים, אך המטרה הסופית של ההתאוששות תהיה שונה.

סעיף 6 – אוכלוסיות מיוחדות

מצב.	מה מייחד אותו?
אוקסיבט נתרן כתרופה	הוא הטיפול המומלץ למצב זה, והתלות (GHB תרופה המכילה) נתרן אוקסיבט

מה מייחד אותו?	מצב.
שמתפתחת היא תוצאה הכרחית של טיפול נכון, ולא כישלון מוסרי או סימן לשימוש לרעה. הפסקת הטיפול מחייבת מעורבות של נוירולוג, מכיוון שתסמיני הנרקולפסיה המטופלים יחזרו עם הפסקת הטיפול. יש לייעל טיפולים חלופיים לנרקולפסיה (מודפיניל, ארמודפיניל, סולריאמפטול, פיטוליסנט) לפני או במקביל לכל הפחתה במינון. זו החלטה קלינית שצריכה להתקבל על ידי מומחה, ואין לבצע הפחתה עצמאית.	לטיפול בנרקולפסיה עם קטפלקסיה.
במכוון כדי להפחית את צריכת GHB-ייתכן שחלק מהאנשים משתמשים ב האלכוהול - תוך החלפת חומר אחד ממשפחת הגאבארגיים בחומר אחר עם עשויים לגרום לפחות רעילות GHB פרופיל סיכונים שונה. מינונים מתונים של לאיברים בהשוואה לצריכת אלכוהול מוגזמת, אך הסיכון להתמכרות ולמינון יתר הוא חמור מאוד בפני עצמו. אם מצב זה מתאר את המצב שלך, שתי ההתמכרויות עשויות להתקיים במקביל, וחשוב לעבור הערכה רפואית של התלות משולבת בחומרים ממשפחת הגאבארגיים לפני ניסיון להפחית את השימוש באחד מהם.	כתחליף מכוון GHB-שימוש ב לאלכוהול.
מגרה שחרור של הורמון גדילה מההיפופיזה במינונים נמוכים, שאינם מינוני GHB שימוש פנאי, ומשמש חלק מאתלטים ובודקי משקל כדי להשיג השפעה זו - לעיתים קרובות נצרך מדי לילה, תוך הצגה שלו כעזרה להתאוששות ולבניית שרירים, ולא בדיוק בגלל GHB,-כסם למסיבות. זהו נקודת התחלה נפוצה ומוכרת לגמילה מ שהוא לא נראה כמו שימוש בסמים פנאי עבור המשתמש: הוא נצרך לבד, לפי לוח זמנים קבוע, למטרה ספציפית של שיפור ביצועים, מה שיכול לעכב את ההכרה בדפוס כגורם לגמילה עד שהשינה הופכת לתלויה כימית בו. מבנה המינון היומי הוא אותו מנגנון. כפי שמפורט בסעיף 1 ובסעיף 4 – מינון קבוע ושגרתי הוא בדיוק הדרך שבה נוצרות סבילות ותלות פיזית, ללא קשר לסיבה המוצהרת לנטילה. תהליך ההתאוששות צריך להתמקד ישירות בציר הורמון הגדילה ולא רק במערכת GABA – אסטרטגיות טבעיות המגבירות את הפרשת הורמון הגדילה כמו שינה) מחליפות את הגישה התרופתית; פפטידים (HIIT עמוקה, צום מתוזמן ואימוני מגבירי הפרשת הורמון הגדילה בהנחיית רופא (כגון איפאמורלין) שימשו לעתים כמסייע. אוכלוסייה זו גם זקוקה לעיתים קרובות לשינוי תפיסה ספציפי: תוסף שנלקח למטרה אתלטית לגיטימית והופך לתלות אינו שונה או פחות מכל תלות אחרת. מזה כל סוג אחר במדריך הזה - הביולוגיה לא מתחשבת בכוונה המוצהרת.	שימוש בבניית גוף / ספורט לגירוי הורמון גדילה.
הוא מינון אופורי GHB-היסטורית, אחד מדרכי הכניסה הנפוצות ביותר לשימוש ב ומעודד אינטראקציה, המשותף במסיבה או בפסטיבל, לעתים קרובות יחד עם קטמין או אלכוהול. השימוש נעשה כדי לשפר את החוויה או להקל על MDMA, תחושת הנפילה מחומרים מעוררים. זהו גם ההקשר שבו הסכנה של "אי-יציבות" בפסטיבלים ובמועדונים נמדד בדרך GHB :המתוארת בסעיף 1 היא חדה במיוחד כלל בכמות שנשפכת מבקבוק לא מסומן, ומשותף בין אנשים ללא דרך לדעת את הריכוז המדויק, בנוסף לחוסר הוודאות של האדם לגבי הכמות שכבר צרכה באותו ערב. חוסר עקביות בריכוז בין בקבוקים והדבר הבא אינו מקרה נדיר בהקשר הזה – הוא קרוב לנורמה, וזו אחת הסיבות העיקריות לכך שמקרים של מינון יתר של GHB מתרכזים בעיקר בסביבת פסטיבלים ומועדונים. המעבר לתלות כאן לרוב אינו רגע דרמטי אחד; מדובר בשימוש בין האירועים כדי להשיג את אותה תחושת קלילות חברתית או תמיכה בשינה שהמינון בפסטיבל סיפק, כאשר התדירות עולה בהדרגה כשהעונה של הפסטיבלים הופכת למעין שגרה. שימוש משולב עם אלכוהול נפוץ במיוחד בהקשר הספציפי הזה, לאור הסביבה – ראו את ההערה בנושא השילוב 'כישלון חמור' בסעיף 5.	פסטיבל ריקוד ותרבות ראווה.
הקשר החדש הזה, שניתן לשמו באופן עצמאי ולא לשלב אותו בקטגוריה הכללית של "חיי לילה", ראוי לציון. השימוש במצלמה, מול קהל, מוסיף מערכת תגמול נוספת מעבר לאפקט הפרמקולוגי – תשומת לב ואינטראקציה בזמן אמת עם הצופים מפעילות את אותם מסלולי תגמול דופמינרגיים שהחומר עצמו מפעיל, ושתי התהליכים יכולים לחזק זה את זה באופן שעלול להאיץ את ההתדרדרות	שידורי חי וייצור תוכן לרשתות חברתיות.

מה מייחד אותו?	מצב.
בהשוואה לשימוש פרטי. הקשר הזה גם הופך את הלוגיקה הבטיחותית שעליה מתבססת המדריך כולו: אדם שנמצא בסביבה פיזית יכול לזהות מנת יתר. פעולה - התקשרו לעזרה, הניחו את האדם בתנוחת החלמה, הסירו חומרים אחרים מהישג יד. קהל צופה בשידור חי לא יכול לבצע אף אחת מהפעולות הללו. נראות אינה זהה לבטיחות, וחדר מלא בצופים הוא, בפועל, כמו להיות לבד GHB או GBL. מודרניים ניתנים לעיתים קרובות בכלי קיבול מחופשים - בקבוקי משקאות אנרגיה, בקבוקי משקאות ספורט - ולעיתים על ידי צד שלישי ולא על ידי האדם המשתמש עצמו, מה שמחמיר את הסכנה של חוסר-יציבות הריכוז המתוארת בסעיף 1 בשכבה נוספת: אי ידיעה מה יש בפועל בבקבוק. מתוך חוסר ידיעה לגבי עוצמתה.	

הקשבה.

יש דפוס שראוי לתאר שלא מתאים בדיוק לטבלה שלעיל מכיוון שהוא לא עוסק בסיבה שבגללה אדם משתמש ב-GHB – אלא במקום. כאשר מקום, מועדון, קבוצת חברים או קהילה אוסרים או שוללים מישהו בשל השימוש שלו, השימוש עצמו כמעט לעולם לא מפסיק. מה שמשתנה הוא המקום בו זה קורה. אדם שהשתמש בסביבת אנשים אחרים – גם אם הפיקוח היה לא מושלם, וגם אם התנאים היו רחוקים מלהיות אידיאליים – לעיתים קרובות עובר להשתמש לבד, בבית, בדיוק משום שהסביבות החברתיות שבעבר ספגו את ההתנהגות כבר לא מוכנות לכך. המעבר הזה מ"מישהו בסביבה "יכול לעזור" ל-"לא נמצא אף אחד בסביבה כלל" אינו פרט משני. זהו המשתנה המדויק שקובע האם מינון יתר נצפה וניתן להצילו, או שהוא שקט ומסוכן. הסתגרות, מכל סיבה שהיא, לרוב מחליפה בעיה גלויה בבעיה בלתי נראית ומסוכנת יותר. אם הסיפור הזה מתאר את ההיסטוריה שלך - איסור, ריב, קהילה שסגרה דלת - אותה בידוד מעולם לא היה סימן שנועד להתמודד עם זה לבד. זו הייתה תוצאה מבנית של היכן נמצאת התמיכה, ולא פסיקה לגבי האם אתה ראוי לקבל תמיכה כלשהי.

סעיף 7 – שימוש בסיווג תבניות.

מכיוון שחלק זה – רוב המדריך הזה, מתוך הכרח, עוסק בחלק המסוכן ביותר של השימוש ב-GHB אינם נמצאים עלול להרוג, וחשוב מאוד לעשות אותו נכון. אבל רוב האנשים שמשתמשים ב-GHB בחלק המסוכן הזה, ואדם שמשתמש פעם בשבוע ופשוט רוצה להפסיק צריך לקבל תשובה שונה לחלוטין מ-"לך לחדר מיון", ולא רק גרסה מקוצרת של אותה אזהרה.

מה נדרש כדי לעצור בפועל?	סיכון להתמכרות/גמילה.	תבנית	רמה
התלות הפיזית אינה מהווה בעיה משמעותית ברמה זו. אם אתם רוצים להפסיק, אתם יכולים פשוט להפסיק. הדבר החשוב ביותר הוא להבין מדוע זה מילא צורך מסוים עבורכם (טבלת ההקשר בסעיף 6), כדי שמשהו אחר לא ימלא את אותו הצורך בשקט ובלי שתשימו לב.	נמוך מאוד	אוקיי.	1 — נדיר / ניסיוני
הפסקת השימוש לבדה סבירה עבור רוב האנשים ברמה זו. חשוב לשים לב לדברים הבאים: האם הטווח מצטמצם? האם הכמות בכל מפגש גדלה? אם אחד מהדברים הללו נכון, ייתכן	נמוך	בערך פעם בחודש או בתדירות נמוכה יותר, קשור להקשרים ספציפיים (מסיבות, סקס עם סמים וכו'), ולא מתגבר עם הזמן.	2 — מדי פעם / חברתי

רמה	תבנית	סיכון להתמכרות/גמילה.	?מה נדרש כדי לעצור בפועל
			שאתם מתקדמים לרמה 3 במקום להישאר ברמה 2.
3 — שימוש תדיר לצרכים פנאיים, לא לצורך התמכרות	בערך פעם בשבוע, מצב יציב ולא מחמיר, ללא מינון בלילה, לא נצפו תסמיני גמילה פיזיים בין השימושים (ללא רעד, חרדה או הזעה לפני השימוש הבא המתוכנן).	מינון בינוני, בדרך כלל ניתן לניהול ללא פינוי רפואי.	זו האוכלוסייה החסרה ביותר ברוב החומרים בנושא GHB, כולל טיוטות קודמות של מדריך זה. הפסקת השימוש היא כנראה בטוחה לביצוע מבלי לעבור תוכנית גמילה אשפוזית - אך "כנראה בטוח" אינו "בטוח בוודאות", ולכן מומלץ מאוד לנהל שיחה עם רופא באותו יום לפני הפסקת השימוש, במיוחד כדי לשלול תלות שאולי לא שמתם לב שהתפתחה. סעיף תזונה) 9, רמה 1 ורמה 3 (GABA-ותמיכה טבעית ב ניתנים ליישום ישיר כאן, ויש להתחיל בהם מיד ולא לאחר שלב גמילה רפואי.
4 — התדרדרות / יצירת תלות	האם חלה עלייה בתדירות או במינון? האם נצפו תופעות לוואי פיזיות בין המינונים (חרדה, רעד, הפרעות שינה), גם אם השימוש עדיין אינו יומיומי.	גבוה ועולה במהירות.	זהו השלב שבו מעורבות רופא לפני הפסקת הטיפול כבר אינה המלצה זהירה, אלא דרישת בטיחות אמיתית - גם אם לא משתמשים בתרופה מדי יום, העובדה שהמינון עולה עצמה היא סימן אזהרה שמערכת GABA-B מסתגלת. אל תחכו להגיע לרמה 5 כדי לפנות לייעוץ רפואי.
5 - תלוי (סף החירום)	שלושה פעמים ביום או יותר, כולל מינון בלילה כדי לשלוט על השינה.	חמור - זהו הסף שמקטע 0 מציין כאירוע רפואי הדורש גמילה בפיקוח.	אין להפסיק את הטיפול בשום מצב ללא פיקוח רפואי. פרוטוקול הגמילה הזה מיועד לאוכלוסייה של תוכנית סעיף 8.

מקלט

אם אתם ברמה 2 או 3 ואתם קוראים את כל המדריך הזה ושואלים את עצמכם אם השפה הדחופה כאן רלוונטית עבורכם, כדאי לציין זאת ישירות: ברוב המקרים, זה לא רלוונטי, וזו עובדה חיובית, ולא סיבה לדחות את המדריך. החומרה המתוארת בסעיף 0 נועדה לרמה 5, והיה צורך לציין זאת בצורה ברורה ובראשית מכיוון שזה המקום שבו קיים הסיכון למוות בפועל. עם זאת, הרצון להפסיק דפוס שבועי ולא תלוי הוא סיבה לגיטימית לחלוטין להיות כאן, וזה לא מחייב שימוש במנגנונים של סעיף 8 כדי לעשות זאת בבטחה - רוב הזמן זה מצריך את אותו הדבר. בדיקת רופא מומלצת לכל שינוי משמעותי, בנוסף לעבודה המשחזרת את מצב הגוף במידת הצורך בסעיף 9, אשר יעילה באותה מידה גם כאשר מתחילים מרמת כושר נמוכה וגם מרמת כושר גבוהה.

אגירת מלאי: גורם סיכון שאינו תלוי ברמת השימוש.

זה חל על כל הרמות בטבלה לעיל, ולא רק על הסוף התלוי: אחסון כמות גדולה הוא גורם סיכון נפרד, שאינו תלוי בתדירות השימוש. זמינות משנה את ההתנהגות - כמות גדולה מסירה נקודת חיכוך טבעית שאליה מספקת כמות קטנה יותר, שקשה יותר להחליף. במצב של שיכרות, כאשר שיקול הדעת כבר לקוי, הידיעה שיש יותר בהישג יד הופכת את נטילת מנה נוספת לאימפולסיבית הרבה יותר מאשר אם השגת מנה נוספת הייתה מצריכה יציאה, המתנה או יצירת קשר עם מישהו. זהו אותו מנגנון ששינוי הגישה עצמה היא – (מדריך פרוטוקול 05) Recovery Kernel. סביבתי מטפל בו במקומות אחרים. חלק ממערך הסיכונים, ולא רק החומר עצמו.

⚠ אזהרה

בגלל מה שסעיף 1 כבר קובע לגבי חוסר עקביות בריכוז. כמות גדולה GHB הסכנה גוברת במיוחד עם ממקור לא מסומן – אינה מבטיחה שהריכוז יישאר עקבי GHB או BD-, או GBL 1,4 המאוחסנת – במיוחד מהמנה הראשונה ועד האחרונה. נטילת מנות חוזרות ונשנות מאותו מלאי גדול, כאשר האדם כבר שיכור ופחות מסוגל לשפוט במדויק את המנה הכוללת, היא דפוס המתועד כגורם להחמרה ולמינון יתר. כמות גדולה בהישג יד אינה רק מאפשרת שימוש רב יותר – היא מגבירה את סוג טעות המינון שעליה מדריך זה נועד להתריע. יותר סביר.

אם המטרה היא להפחית או להפסיק שימוש בכל רמה בטבלה לעיל, הפחתת הכמות הזמינה עצמה – ולא רק הכוונה להשתמש פחות – היא צעד קונקרטי ומעשי ששווה לנקוט בו בפני עצמו, ובנפרד מכל דבר פרמקולוגי.

סעיף 8 – פרוטוקול הגמילה הרפואית.

חלק זה נועד לעזור לך או למי שתומך בך להיאבק לקבל את הטיפול המתאים - ניהול גמילה מ-GHB סובל מחוסר טיפול מספק ברפואה חירום, וידיעת האפשרויות מראש יכולה לעשות את ההבדל במה שצוות המטפל מציע.

גישה	מנגנון	הערות קליניות.
הפחתת מינון של בקלופן (מומלץ במידת האפשר).	מחליף - GABA-B אגוניסט של ברמת GHB-ישירות את ה הקולטנים; חצי חיים ארוך יותר מאפשר הפחתה הדרגתית ויציבה.	הגישה הפרמקולוגית הרציונלית ביותר. המינונים הנדרשים הם לעתים קרובות גבוהים מאוד - עד 300-200 מ"ג ביום - ויש להתאים אותם בקפידה. לא כל מחלקות הטראומה מכירות את השימוש בבקלופן למטרה זו; ייתכן שתצטרכו להציע זאת באופן ישיר, תוך ציטוט הספרות המקצועית (Addolorato et al. 2009; Bell et al. 2011) אם תתקלו בחוסר היכרות.
פרוטוקול מינון גבוה של בנזודיאזפינים (השימוש הנפוץ ביותר בפועל)	פועל - GABA-A אגוניסט של באופן GABA-על מערכת ה כללי, בתת-סוג רצפטורים שונה מהמטרה העיקרית של GHB.	משתמשים בו לעיתים קרובות פשוט בגלל שהוא מוכר לרופאי חירום. הוא פחות ספציפי מבחינה פרמקולוגית מבאקלופן, וייתכן שיהיה צורך במתן מינונים גבוהים מאוד כדי לשלוט על גמילה חמורה, עם סיכון ממשי לעבור לתלות בבנזודיאזפינים בנוסף לגמילה מ-GHB. נדרשת מעקב רפואי הדוק.
הפחתת מינון של נתרן	החלפה ישירה של המולקולה	הגישה התיאורטית האלגנטית ביותר: אותה

הערות קליניות.	מנגנון	גישה
מולקולה, פרמקוקינטיקה ידועה, ללא ניחושים לגבי ריכוז החומר. משמשת ביחידות טיפול מתמחות בהתמכרויות; זמינות מוגבלת מחוץ להקשרים קליניים ספציפיים ודורשת רופא מומחה בהתמכרויות.	באותה מולקולה בכמות מדודה, ולאחר מכן הפחתה הדרגתית.	אוקסיבט פרמקולוגי.
משמש בהגדרות מומחים למקרים של גמילה מורכבת הכוללת מספר סמים המשפיעים על מערכת ה-GABA. דורש ניטור קפדני של הנשימה. אינו טיפול ראשוני, אך בעל ערך במקרים עקשניים.	ברביטורט בעל פעילות אגוניסטית על קולטן GABA-A, עם זמן מחצית חיים ארוך מאוד (53-118 שעות), המספק רמות פלזמה יציבות באופן טבעי המאפשרות הפחתה הדרגתית.	פנוברביטאל
גורמת לחוסר הפסקת השימוש ב-GHB יציבות קיצוני במערכת העצבים האוטונומית, לצד תסמינים פסיכיאטריים. הטיפולים המשלימים הללו מטפלים ישירות בקבוצות התסמינים הספציפיות המתוארות בסעיף 1 ובסעיף 2.	קלונידין לסערה אוטונומית; תרופות אנטי-פסיכוטיות (הלופרידול, קווטיאפין) לבלבול/הזיות; תרופות נוגדות פרכוס למניעת פרכוסים; מתן נוזלים תוך ורידי וניהול אלקטרוליטים.	תרופות משלימות (בנוסף לאחת מהאפשרויות המפורטות לעיל):

⚠ אזהרה

הערה בנושא מחקר פעיל: קיימים מחקרים טוקסיקולוגיים מפורסמים העוסקים בת רים של transport בכליה, ובאפשרות של שינוי חומציות GHB המתווכים בספיגה החוזרת של (MCTs), מונוקרבוקסילטים מהכליה - אותו GHB-כולל באמצעות ביקרבונט נתרן, כדי להגביר באופן מוגבל את הסרת ה (pH), השתן של GABA B עיקרון בסיסי המשמש קלינית במקרי מינון יתר של סליצילאטים. חומר חוסם לתת-סוג הראה השפעות הפוכות במחקרים על בעלי חיים, אך לא נבדק בבני אדם. שניהם מתוארים (SCH-50911) כפי שמצוין בספרות המדעית, ומתאר בדיוק זאת - (proof-of-concept), במחקר ראשוני שנערך בבני אדם הוכחת קונספט, ולא פרקטיקה קלינית. זהו תחום מחקר אמיתי ופעיל, שכדאי לדעת עליו. לא מדובר בהתערבות ביתית, וזה לא תחליף לפרוטוקולים המפורטים לעיל. מדריך זה לא יסביר כיצד לבצע מינון או מתן תרופות, ואותו פער ספציפי בין "המנגנון אמיתי" לבין "זה בטוח לעשות בעצמך, ללא פיקוח", הוא בדיוק המקום שבו אנשים נפגעים.

מתי הגישה לבית חולים מוגבלת באמת?

לא כולם הקוראים את זה יכולים להגיע לבית חולים – בגלל מרחק, עלות, מעמד הגירה, מדינה עם תשתית חירום מוגבלת, או סיבות אמיתיות אחרות. פער זה ראוי לתשובה אמיתית, והתשובה הכנה אינה פרוטוקול לשימוש עצמי – אלא לוודא שהמשאבים הקיימים במיוחד עבור מצב זה באמת משמשים.

מה זמין בפועל ללא אשפוז?	למה זה חשוב?
מוקדי מידע רעיל.	ברוב המדינות יש מוקד חירום לרעילות או טוקסיקולוגיה שאפשר להתקשר אליו בטלפון, והוא מאויש על ידי אנשי מקצוע שעברו הכשרה ספציפית לטיפול במצבים כאלה מרחוק – כולל מצבים שבהם לא ניתן להגיע מיד עם החולה. זהו ייעוץ מומחה בזמן אמת, ולא מסמך. התקשרות למוקד כזה היא פעולה משמעותית ובטוחה יותר מאשר רק ביצוע הוראות כתובות, גם אם אפשר לקבל אותן מרחוק וגם אם לא ניתן להגיע במהירות לבית חולים.
טלה-בריאות, במידת הזמינות.	חיבור וידאו או שיחת טלפון בזמן אמת עם רופא, גם אם הוא אינו נוכח פיזית, מאפשר שיקול דעת קליני אמיתי – הערכת מצב הכרה, נשימה ותגובה לסימפטומים כפי שהם משתנים – בדרך ששום

למה זה חשוב?	מה זמין בפועל ללא אשפוז?
פרוטוקול סטטי לא יכול.	
אם בית חולים אינו אפשרי מבחינת מרחק, הדבר בעל הערך הגבוה ביותר הוא נוכחות של אדם מפוכח שיכול לפקח על הנשימה וההכרה, להניח את האדם בתנוחת החלמה במידת הצורך, ולהזעיק כל סיוע זמין ברגע שמתרחש שינוי - לא למטרת מתן טיפול, אלא כדי לשמש כ"מערכת התראה מוקדמת" כמו מוניטור בבית חולים.	לעולם לא להיות לבד במהלך גמילה מדפוס שימוש ברמה של תלות.
אם גישה מוגבלת לטיפול היא עובדה מוכרת – ולא תיאוריה – הרגע החשוב ביותר הוא לפני שהשימוש הופך להרגל יומי של שלושה פעמים או יותר, כפי שמפורט בסעיף 7. בשלב זה, עדיין ניתן לבצע הפחתה מבוקרת באמצעות כל אפשרות טיפולית קיימת, במקום לאחר שהגמילה כבר החלה ולא קיימות חלופות.	פעולה לפני חציית סף החירום, ולא במהלכו.

הקשבה.

אם אתם קוראים את זה כי בית חולים אינו אפשרות ריאלית עבורכם, אני רוצה לומר ישירות: זוהי נקודת תורפה במערכות ובנסיבות הסובבות אתכם, ולא משהו שמדריך זה יכול לפתור על ידי מתן פרוטוקול. מה שהוא יכול לעשות הוא להפנות אותך למשאבים הטלפוניים הקיימים בדיוק עבור פער זה, ולפעולה מוקדמת יותר, בזמן שיש עדיין יותר אפשרויות פתוחות, ולא מאוחר מדי כאשר ישנן פחות. זוהי תשובה אמיתית, גם אם אינה התשובה שציפיתם לה.

ה"מצוק" של 30 הימים: ציר שני לסיכון לחזרה על שימוש שאליו תוכניות שחרור לעיתים קרובות לא מתייחסות.

⚠ אזהרה

דפוס שחרור נפוץ ראוי לקבל שם ברור, מכיוון שהוא יוצר חלון סיכון שני ונפרד, שאינו זהה לתסמיני הגמילה ואחריו שחרור עם GHB-החריפים המתוארים לעיל: טיפול אשפוזי לגמילה מ (בדרך כלל במשך כ-5 ימים), GABA-B מרשם לבנזודיאזפינים – בדרך כלל לכמות של כ-30 יום – שמטרתה לסייע במעבר עד שהמערכת מתאוששת. כאשר הכמות הזו מסתיימת, יש תיעוד על שיעור גבוה של הישנות בדיוק בשלב זה. זו אינה תוצאה של חוסר רצון או של אי-ביצוע תוכנית השחרור. מדובר באירוע פרמקולוגי צפוי.

נמצאת GABA-B הסיבה מתאימה ישירות לציר הזמן של סעיף 3: ביום ה-30, ההתאוששות של קולטן עדיין בשלב מוקדם – חודשים רבים לפני ההתאוששות המשמעותית שאליה מצביע מידע זה המופיע במדריך, והיא מוערכת בין 12 ל-18 חודשים. גשר הבנזודיאזפינים לא טיפל רק בסימפטומים במהלך שטרם GABA-B תוך פיצוי חלקי על מערכת GABA-A, תקופה זו; הוא סיפק תמיכה בקולטן התחדשה. כאשר המרשם מסתיים בתאריך קבוע ולא בהתבסס על מצבו הקליני של האדם – לעיתים קרובות ללא הפחתה הדרגתית, ולעיתים קרובות ללא תזמון של מעקב אופוטי, לפני שהכמות מספיקה מסתיימת – האדם חווה גמילה שנייה. אירוע שמתרחש ישירות על גבי אירוע אחר שלא הסתיים בפועל. החרדה והפחד הכרוניים והחוזרים ונשנים שזה מעורר הם בעלי בסיס נוירוביולוגי, ולא בעיקר פסיכולוגי, וזו בדיוק הסיבה שבגללה טיפול תומך לבדו לרוב אינו מספיק במקרים אלו: טיפול באמצעות שיחות שאינה מתאוששת גורמת לחרדה GABA-B הוא הכלי המתאים לבעיה אחרת, בעוד שמערכת קולטני אמיתית ומונעת פיזית.

מה באמת מפחית את הסיכון הזה?	מה שלעיתים קרובות הופך בתכנון השחרור?
קביעת תור למעקב אופוטי במרפאה לפני השחרור, עם ציון תאריך ספציפי לתור שמתקיים זמן מה לפני שהתרופות מסתיימות – ולא "התייעץ עם הרופא שלך", אלא תור מתוזמן.	טיפול במינון של 30 ימים כסוף מסלול ההתאוששות, במקום כחלק קטן ממסלול שאורכו 12-18 חודשים.

מה שלעיתים קרובות הופך בתכנון השחרור?	מה באמת מפחית את הסיכון הזה?
הפסקת השימוש בבנזודיאזפינים באופן מיידי ביום ה-30 במקום הפחתה הדרגתית.	הפחתה הדרגתית של המינון של התרופה, המתבצעת בתיאום עם רופא מומחה בתחום ההתמכרויות או פסיכיאטר, תוך שימוש באותה עקרון של הפחתה באחוזים שמשמש לאורך כל החומר הזה, ולא באמצעות הורדת מינון קבועה עד להפסקת התרופה.
בהנחה שטיפול תומך בלבד מספיק עבור החרדה שמתרחשת.	בהכרה בכך שחרדה חוזרת בשלב זה נובעת מגורם פיזיולוגי אמיתי (סעיף 3) וייתכן שתדרוש תמיכה ברמות 1 ו-3 כפי שמפורט בסעיף 9, ולא רק טיפול פסיכולוגי, יחד עם כל ניהול תרופתי פסיכיאטרי הנדרש.
אין אזהרה מפורשת למטופל כי היום ה-30 הוא נקודת סיכון גבוהה ידועה.	ציון הסיכון הזה באופן ישיר, עוד לפני שהוא מתרחש – וזו בדיוק המטרה של הסעיף הזה. ידיעה שמצפה לכם מצוק משנה את האופן שבו אדם ניגש אליו.

מקלט

אם אתם מתקרבים לסוף מרשם לשחרור או חזרתם לשימוש לאחר שמרשם פג תוקפו, חשוב להבין: מה שקרה באותו שלב אינו כישלון אישי של כוח רצון, ואינו מבטל את כל העבודה שהושקעה בתהליך ההחלמה במהלך האשפוז או בחודשים ה-30 שאחריו. זו הייתה פער צפוי בין תזמון התרופות לתזמון הביולוגי. התגובה הנכונה היא כמו בכל מקום אחר במדריך הזה כאשר מתמודדים עם סיכון אמיתי: חזרו לתמיכה רפואית ותוכנית הפחתה מותאמת, ולא שיפוטיות. האם התאוששות אפשרית עבורך?

כיצד זה יכול להפוך להתמכרות שנייה ונפרדת?

יש דפוס מסוים שכדאי לתאר בצורה ברורה, מכיוון שהוא פחות קשור לתוכן ויותר לאופן שבו מתרחש כאשר אף אחד אינו מסביר מה באמת קורה בתוך מערכת העצבים של האדם. אדם שאצלם הטיפול בבנזודיאזפינים הסתיים עשוי עדיין לחוות חרדה אמיתית, הנובעת משינויים פיזיולוגיים במערכת GABA-B, אשר, לפי סעיף 3, רחוקה מלהתאושש. אם לא אמרו להם שזה מה שמרגישים ביום ה-30 ולמה, במקום זאת, הם עלולים 'יש לי הפרעת חרדה' – פרשנות סבירה לתסמין אמיתי, הנובעת מכך. ללא פיסת המידע היחידה לחשוב ב-GHB-המסקנה הטבעית אינה 'זו תגובה צפויה לאחר הפסקת טיפול שיכולה לשנות הכל לגבי האופן שבו יש לטפל בו.

לעיתים קרובות, מה שבא לאחר מכן הוא ביקור אצל פסיכיאטר, לפעמים עם היסטוריה של שימוש ב-GHB שנחשפת ולפעמים לא - חשיפה יכולה להרגיש קשה יותר מהתסמין עצמו, בהתחשב בסטיגמה שהספרייה הזו כבר ציינה במקומות אחרים. פסיכיאטר המעריך מצב של חרדה קשה לכאורה, ללא ההקשר GABA-B המתפתחת, לעיתים קרובות מקבל החלטה קלינית סבירה המלא של גמילה מ במרשם של בנזודיאזפין. זה אינו מהווה רשלנות, והאדם לא בהכרח משקר - הוא מתאר משהו אמיתי וחמור ומקבל תגובה המתאימה למה שהוא תיאר, למעט ההקשר שהיה יכול לשנות את התגובה. זהו בדיוק הדפוס שאליו מתייחסים ב-"Recovery Kernel" תסמין ומתארים כ"גמילה המוגדרת כנסיגה": פוסט-אקוטי זמני, הנובע מגורמים ביולוגיים, מטופל כהפרעה עצמאית וכרונית, והתרופה שנרשמת לטיפול במצב הכרוני אינה מיועדת לשימוש לטווח זמן מוגבל – מכיוון שכלום במהלך הביקור לא הצביע על כך שנדרשת תקופה מוגדרת.

⚠ אזהרה

התוצאה היא לעיתים קרובות תלות חדשה וארוכת טווח יותר מהתלות המקורית: שימוש ממושך ב-GHB. זה בבנזודיאזפינים עבור מצב שבו בפועל היה נדרש רק טיפול זמני לשיקום נוירולוגי לאחר שימוש שאליה GHB-לא סיכון תיאורטי - זוהי מגמה המתועדת, ויש להתייחס אליה באותה חומרה כמו לתלות ב מדריך זה מתייחס, מכיוון שברמה הפרמקולוגית, מדובר במלכודת דומה בצורה אחרת.

והתזמון של הגמילה לכל GHB-מה שאכן מפחית את הסיכון הוא גילוי ההיסטוריה של שימוש ב פסיכיאטר או רופא מרשם המעורב, גם אם זה לא נוח, במיוחד מכיוון שזה משנה מה שהרופא המודע GHB-לאחר שימוש ב GABA-B ימליץ. רופא שמבין שהוא מתמודד עם התאוששות של קולטני, ולא עם הפרעת חרדה ראשונית חדשה, יכול להציע בצורה סבירה טיפול זמני ומוגבל בזמן, עם תאריך ביקורת מוגדר – אותו סטנדרט אחריות שצוין במקומות אחרים בספרייה זו עבור כל תרופה חלופית – ולא מרשם פתוח. הניסוח המדויק שכדאי להשתמש בו: "החרדה הזו החלה לאחר שהפסקתי את GHB-השימוש ב לפני כחודש, ואני..." הבנה שמערכת העצבים שלי עשויה עדיין להתאושש מכך במיוחד — אני מעדיף שכל מה שאנו מנסים יהיה בעל תאריך סקירה ברור ולא פתוח לסוף. משפט זה לבדו יכול לעשות את ההבדל בין גשר אמיתי לבין תלות כרונית נוספת.

סעיף 9 – הפרוטוקול לשיקום (לאחר החריפות).

⚠ אזהרה

מתחילת הסעיף הזה לאחר שחלון החירום הרפואי (סעיף 0, השעות 12-72 של סעיף 2) חלף ורופא אישר יציבות רפואית. זה לא מחליף את סעיף 8 - זה מה שבא אחריו.

שלב 1 – יסודות ביולוגיים (החל מהיום הראשון לאחר תהליך הגמילה).

תפקיד	תמיכה
תמיכה בקולטן GABA-A - והרגעה כללית של מערכת העצבים בסיסית, חובה, החל מהיום הראשון.	גליצינאט מגנזיום (400-600 מ"ג, מינונים מחולקים).
גורם מסייע להמרת גלוטמט ל-GABA (דקרבוקסילאז של גלוטמט) - רלוונטי ישירות לאור העלייה בגלוטמט בשלב המוקדם של הגמילה (סעיף 2).	P5P (פעיל, 25-50 מ"ג ויטמין B6)
גורם GHB-תמיכה בביטוי גנטי, חשובה במיוחד לאור העובדה ש באמצעות מסלולי המטבוליזם שלו B לדלדול ויטמיני.	5-MTHF (400 מק"ג)
מודולציה של גאבא/גלוטמט ללא תופעות לוואי מרגיעות עבור גלי חרדה, ללא סיכון להתמכרות.	תאנין (200-400 מ"ג לפי הצורך)-L

רמה 2 - תמיכה רפואית ופסיכיאטרית

- עבור חרדה כרונית לאחר (שאינו גורם להתמכרות Aאגוניסט חלקי לקולט סרוטונין 1) בוספירון גמילה - לוקח 2-4 שבועות להשגת השפעה מלאה, מתאים לחרדה המתמשכת בתהליך ההחלמה זה מבלי לגרום לתלות בבנזודיאזפינים.
- במקרים של דיכאון הקשור לגרסה של SSRI-לפני שקילת טיפול ב MTHF-ניסיון עם תוסף 5 עדיין מתאימות אם SSRI יש להעריך את התגובה לאורך 4-8 שבועות; תרופות - MTHFR הגן מצוינות מבחינה קלינית.
- מינון נמוך של קווטיאפאין (25-50 מ"ג, לתקופה מוגבלת) עשוי לתמוך במבנה השינה במקרים כאשר שילוב תוספים לבד אינו מספיק – לא GHB-של נדודי שינה חמורים הקשורים לשימוש ב טיפול ראשוני, אך אפשרות אמיתית.

שלב 3 – ויסות מערכת העצבים (שבועות 1-12, שלב ההתאוששות המרכזי).

- תרגול נשימה - יומיומי, חובה מוחלטת בהתחשב בזמן ההחלמה המוארך של רצפטורי GABA-B 3 המתואר בסעיף.
- חשיפה לקור ויוגה - שניהם רלוונטיים ישירות לבניית רמות טבעיות של גאבא.
- עקביות חשובה יותר מאינטנסיביות - לפי ציר הזמן בסעיף 2, זוהי תקופה מרכזית של 3-6 חודשים, ולא תקופה של 4-8 שבועות. מה שקובע את חומרת תסמיני הפלישה הוא (PAWS) התמדה בתרגול לאורך כל התקופה הזו, ולא שבועיים ראשונים אינטנסיביים.

פירוט האימון - מדוע אימוני כושר גופני חשובים יותר כאן מאשר במדריכים אחרים.

כרוכה בחוסר יציבות אוטונומית אמיתי (סעיף 1, סעיף 2) - דופק מהיר, תנודות בלחץ GHB-גמילה מ הדם, הזעה מוגברת - ופעילות גופנית אירובית רלוונטית ישירות לשיקום המערכת הבסיסית, ולא רק כהמלצה כללית לשיפור הבריאות.

סוג.	מה זה מייצר.	תדירות
אירובי (ריצה, רכיבה על אופניים, שחייה, הליכה מהירה)	BDNF – אנדורפינים, סרוטונין, ובפרט, התייצבות הדרגתית של הטון האוטונומי הבסיסי (תנודתיות דופק, לחץ דם בסיס) ככל שמערכת הלב וכלי הדם מתאוששת מה"סערה" האוטונומית המתרחשת בתקופת הגמילה.	3-5 מפגשים שבועיים
אימון כוח.	BDNF – רלוונטי, דופמין, טסטוסטרון, הורמון גדילה במיוחד בהקשר של שימוש ספורטיבי/בניית גוף בסעיף 6, על הורמון הגדילה GHB כאשר ההשפעה המגבירה של הייתה חלק מהאטרקציה המקורית ויש לה תחליף אמיתי.	2-4 מפגשים שבועיים
יוגה	הפעלת מערכת העצבים הפאראסימפתטית והפחתת חרדה ישירה – תרגול התומך ב-GABA בפני עצמו, ולא רק כתוספת לנשימות.	1-3 מפגשים שבועיים
הליכה יומית	הקו הבסיסי הבלתי ניתן לשינוי – בעל רף נמוך, יעיל באמת, ומתאים גם בימים המוקדמים והקשים ביותר של ההתאוששות.	יומי.

⚠ אזהרה

התזמון והעצימות חשובים, במיוחד בשלבים המוקדמים. אימונים מוגזמים בשבועות הראשונים מוסיפים עומס פיזיולוגי למערכת שכבר נמצאת תחת לחץ, במקום להקל עליה - התחילו בהליכה בתנועה קלה, והתקדמו לתוכנית המלאה במהלך החודשים 1-3. כמו כן, הימנעו מאימונים אינטנסיביים בשעות הערב, מכיוון שהם מעכבים את תחילת השינה, ובמצב של שינה באיכות ירודה, זה עלול להחמיר את הבעיה (סעיף 4).

תמיכה תזונתית - מעבר לארבעה התוספים הבסיסיים.

ארבעת התוספים בשלב הראשון הם בסיסיים, אך אינם מציגים את התמונה כולה. שימוש ב-GHB - במיוחד שימוש כבד ומתמשך - משבש את מצב התזונה באופן כללי, ומערכת העצבים המבצעת את תיקונים המתוארים לאורך המדריך הזה זקוקה לחומרי הגלם הדרושים לה.

- צריכת חלבון קבועה תומכת בסינתזה של נוירוטרנסמיטורים באופן כללי, כולל והדופמין, וכל התהליך הזה תלוי בכך GABA-מערכות ה.
- שעות הארוחות הקבועות חשובות לא פחות מתוכן הארוחות בתחילת ההחלמה – תנודות ברמות הסוכר בדם מחמירות את החרדה וחוסר היציבות במצב הרוח שכבר קיימים.

- התייבשות ותמיכה באלקטרוליטים מטפלים ישירות בתסמיני מערכת העצבים האוטונומית/זיעה המתוארים בסעיפים 2 ו-4.
- רלוונטית, בהתחשב (MTHF-ו-5 P5P ולא רק) באופן כללי B השלמת ויטמינים מקבוצת איכותיים, B גורם לדלדול של משפחת ויטמינים זו. תוסף מרובה של ויטמיני GHB-בעובדה ש בנוסף לתוספים הממוקדים בקבוצה 1, הוא תוספת סבירה.

אובדן עניין בסם: בנייה טבעית מחדש של גאבא.

החלק הזה עוסק במשהו אחר – לא רק בהפחתת הסימפטומים או בשיקום הביולוגיה, אלא ברצון מעניקה תחושה ספציפית: לא (GHB) אמיתי לפחות מזה, ולא רק בסבילות להיעדר שלו. גאב"ה הקלה חלקית, אלא מערכת עצבים שתופסק באופן מוחלט וסופי. ההנחה כאן היא שמצב זה בדיוק ניתן להשגה גם ללא גאב"ה, באמצעות המערכות הטבעיות של המוח, ושגרסה משוחזרת היא בת קיימא יותר מהפתרון הפרמקולוגי, מכיוון שהיא אינה מורידה את רמת הפעילות כמו שהקולטן של גאב"ה עושה.

שיטה לפעולה טבעית.	כמה חזק ההשפעה של גאבא?	הערות ספציפיות לגבי גמילה מ-GHB:
		* []. * []. * []. *

		* []. * []. * []. *

אמיתית ופיזית למצב של "המערכת מפסיקה" הוביל GHB שאליו.	הפאראסימפתטית, ולאחריה תחושת רוגע ממושכת לאחר התגובה הראשונית של הלם.	
ראה את הטבלה הקרדיו לעיל – זהו אותו תרגיל שמשרת פעמיים: לשיקום קרדיווסקולרי וגם להפעלת גאבא ואנדורפינים טבעיים.	בינוני-גבוה, מצטבר עם עקביות.	פעילות אירובית מאומצת.
שימושי במיוחד במהלך רגעים של חשק ובזמן השינה; קל לגישה ונגיש באופן מיידי.	אפקט סנכרון של מערכת העצבים הפאראסימפתטית הניתן למדידה.	מוזיקה בקצב של 60-70 פעימות לדקה.
היסח הדעת בפעילות מאתגרת הוא, מבחינה מכאנית, מצב גאבא טבעי - המוח החרד נרגע באמצעות מעורבות ולא בכוח.	מעורבות מלאה ומתמשכת, ברמה בינונית עד גבוהה, במקום דיכוי כימי.	תרגול תובעני ליצירתיות או למצב זרימה.

הקשבה.

עשה מבחוץ, GHB-זה לא עניין של כוח רצון, וזה לא פרס נחמה על כך שהפסקת להשתמש בסם. מה ש מערכת משקמת יכולה באמת לעשות מבפנים – זו לא פרשנות אופטימית, אלא המנגנון שאותו מדריך כולו היה רק דרך אחת GHB. מתאר. המצב שאתם מחפשים תמיד היה מצב אמיתי ונגיש של מערכת העצבים להגיע אליו – דרך מהירה, מסוכנת ומורידה. השיטות בטבלה מגיעות לאותו מקום באמצעות מערכת שמתחזקת עם השימוש במקום להיחלש.

סעיף 10 – זיהוי מצבי חירום, חזרה על עיקרי הדברים.

מצב חירום רפואי

יש לפנות מיד לחדר מיון במקרים הבאים:
* פעילות אפילפטית (התקפים)
* בלבול, דסאוריינטציה או הזיות
* התרגשות קיצונית המלווה בדופק מהיר, לחץ דם גבוה או הזעה מוגברת
* החמרה ברעד.

הדברים הללו תקפים במהלך 72 השעות הראשונות לאחר הפסקת השימוש עבור כל מי שמצוי בשימוש תלוי, ובכל נקודה אחרת אם הסימנים הללו מופיעים.

במקרה של גלי חרדה, קשיי שינה ודסאוריינטציה המתוארים בסעיף 4, ללא אחד מהסימנים המפורטים לעיל, אלה צפויים בהתאם לציר הזמן, ויש ליצור קשר עם רופא באותו יום, אך זה אינו מצב חירום הדורש טיפול בחדר מיון.

סעיף 11 - מפת הפניות צולבת לכל הפרוטוקולים.

מיקוד.	פרוטוקולים.	שלב
מניעת פרכוסים, פרוטוקול של בקלופן או בנזודיאזפין, ניהול דליריום, ניטור סימנים חיוניים. החלקים 9 ואילך במדריך זה יתחילו רק לאחר השלמת השלב הזה מבחינה רפואית.	מחלקת חירום / גמילה אשפוזית - מחוץ לתחום העניין של המדריך.	בטיחות רפואית (ימים 0-7 למשתמשים תלויים)
תוספי מתילציה, מבנה B6, מגנזיום, ויטמין השינה, תזונה, תיקון מערכת העיכול - תנאים	פרוטוקולים מקיפים 07, 09, 17, 18	יסודות ביולוגיים (ימים 1-14 לאחר ניקוי רעלים).

שלב	פרוטוקולים.	מיקוד.
		הכרחיים לשיקום מערכת ה-GABA-B, ולא תוספות אופציונליות.
מיפוי גנומי (שבועות 1-4)	סעיף 15, פרוטוקול 11.	הממצא הגנטי היחיד – הערכת GABRA2 החשוב ביותר עבור ההתאוששות הזו, המסביר את חומרת התלות, חומרת הסימנים של גמילה וחומרת תסמונת הפוסט-גמילה (PAWS).
שיקום GABA (שבועות 1- 12), השלב המרכזי	פרוטוקול מצב חירום 04, פרוטוקול 01 הפרעת דחף	נשימות, חשיפה לקור, יוגה, שילוב מגנזיום, ניהול חרדה, ארכיטקטורת שינה - באמת 3-6 חודשים, ולא מסגרת הזמן של 4-8 שבועות של רוב החומרים האחרים בספרייה הזו.
ארכיטקטורה התנהגותית וסביבתית (שבועות 2-12)	פרוטוקול מקיף 02, 05, 08, 13	הסרת גירויים, מניעת העברת התמכרות, עיצוב מחדש של הסביבה החברתית - סביבות כוללות טריגרים (chemsex) המעוררות צמא סביבתיים חזקים (מקומות, אפליקציות, רשתות חברתיות); עיצוב מחדש של הסביבה הדיגיטלית חשוב כמו עיצוב מחדש של הסביבה הפיזית.
שיקום משימוש בסמים לצורך מין, אם רלוונטי (חודשים 1-12)	פרוטוקול 35 לסדרת Sמדריכים, פרוטוקולים לבריאות מינית.	מחלות מין ומניעה, בריאות מינית /HIV בדיקות בתהליך ההתאוששות, בניית קהילה גאה נטולת אלכוהול - ראו סעיף 6 לעיל.
זהות ומשמעות (חודשים 2-12)	פרוטוקול מסמכים 20, 21, 23, C-28	מי אתה כאשר לוח הזמנים של מתן תרופות כל 2-3 שעות אינו עוד המבנה שמארגן את היום שלך – התייחסות ישירה לבלבול הזמני/זהותי המוזכר בסעיף 4.
התכנית לטווח ארוך (חודשים 6-18 ומעלה)	פרוטוקול מס' 24, 25, C-28, C-31	תקינה ארכיטקטורה GABA שמטרתה ומערכת לחלוטין – לפי סעיף 3, שינוי אמיתי שצריך לבנות אותו, ולא פשוט לחכות לו.

סעיף 12 – סיום

מקלט

זהו השלב הקשה ביותר בכל הסדרה, ומשך ההחלמה הוא הארוך ביותר – יותר משנה להשלמה משמעותית, ולא שבועות. זה לא נועד לייאוש. הכוונה היא לוודא שאורך הדרך לא יתפרש כ"לא מוביל לשום מקום", חצי שנה לתוך התהליך. מערכת עצבים שהסתמכה על חומר חיצוני כדי לווסת את עצמה כל שעתיים עד שלוש שעות, מסוגלת לחזור ולבצע ויסות עצמי. זה פשוט דורש את הזמן שהביולוגיה דורשת בפועל, ולא את הזמן שמישהו רוצה שיחלוף.